

関西労災病院 紹介状

送付先FAX番号 06-6416-8016

● お申込日 ____年 ____月 ____日

関西労災病院 医療連携総合センター内 地域医療室 宛

※本日、救急車により搬送依頼する場合は、本用紙は用いずに開業医専用ダイヤルへお電話下さい
開業医専用ダイヤル 06-6416-0205

● 紹介希望診療科・医師

診療科 _____

医師名 _____

● 貴院の名称等

医療機関名 _____

医師名 _____

所在地 _____

連絡先 _____

● 受診希望日

第1希望 ____月 ____日

第2希望 ____月 ____日

希望日なし

● 回答の緊急度

本日中 後日でも可

■ 電話番号 _____ - _____ - _____

■ FAX番号 _____ - _____ - _____

● 受診方法※

独歩 車いす ストレッチャー その他 (_____)

● 紹介患者情報

フリガナ _____ 生年 月 日 _____ 明・大・昭・平・令 年齢 性別 _____

氏名 _____ 氏名 _____ 年 ____月 ____日 ____歳 男・女

〒 _____ 連絡先 (☎ / 📠) _____

住所 _____

保険区分 健康保険 労災保険 自由診療 その他 (_____)

● 紹介目的等

診察 転院相談 口腔外科抜歯 その他 (_____)

■ 病名 _____

■ 主訴 ※ 病名または主訴を必ずご記入いただくか、診療情報提供書を添付していただければ幸いです。

■ 透析の有無 有り 月コース 火コース 無し 当院受診歴 有り 無し